



# SOLICITUD DE PRESTAMO

--

ADJUNTAR Fotocopia de los Ultimos tres desprendibles de pago del deudor y deudor solidario

Fecha		
Dia	Mes	Año

## Datos básicos del solicitante

Nombres	Apellidos	Numero de identificación
Dirección actual de Residencia	Ciudad	Numero Telefonico Residencia
E- mail	Estado Civil	Numero de Celular
Tipo de vivienda: propia __ Arrendada __ familiar __		Posee vehículo: Sí __ No __
Fecha ingreso Entidad	Entidad Donde Labora	Tipo de Contrato
Cargo	Salario Actual	Otros Ingresos

Referencia familiar _____	Teléfono/ movil _____	Parentesco _____
Referencia personal _____	Teléfono/ movil _____	

Modalidad de Credito										Prestamo Por Valor de	Plazo en meses
Libre Inversión	Educación	Refinanciación	Vehículo	Anticipo Prima	Cartera	Convenio	Credisalud				

Banco	Numero de Cuenta	Tipo de Cuenta		
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Ahorros</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Corriente</td> </tr> </table>	Ahorros	Corriente
Ahorros	Corriente			

Solicito que mi crédito sea Afianzado por AFIANZATE y autorizo para que se descuente directamente el valor de la remuneración de la fianza.

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

## Datos Basicos del Deudor solidario 1

Nombres	Apellidos	Numero de identificación
Dirección actual de Residencia		Numero Telefonico Residencia
E- mail	Estado Civil	Numero de Celular
	Dirección donde labora	Tipo de Contrato
Fecha ingreso cia	Entidad Donde Labora	
Tipo de vivienda: propia __ Arrendada __ familiar __		Posee vehículo: Sí __ No __
Referencia personal _____		Teléfono/ movil _____

## Datos Basicos del Deudor solidario 2

Nombres		Apellidos		Numero de identificación
Dirección actual de Residencia				
E-mail		Estado Civil		Numero Telefonico Residencia
Fecha ingreso cia		Entidad Donde Labora		Numero de Celular
Dirección donde labora			Tipo de Contrato	
Tipo de vivienda: propia __Arrendada __familiar__			Posee vehículo: Sí __No__	

Referencia personal \_\_\_\_\_ Teléfono/ movil \_\_\_\_\_

**1. Autorización consentimiento informado para consulta y reporte en centrales de riesgo.** "Autorizamos a el Fondo de Empleados de bienestar ahorro y crédito y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi(nosotros) contraídas con el Fondo de Empleados de bienestar ahorro y crédito para que, con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial, a otras entidades, reporte a la central de información de la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia y a cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue(mos) a contraer, fruto de contratos celebrados con el Fondo de Empleados de bienestar ahorro y crédito o quien en el futuro ostente la calidad de acreedor o tenedor legítimo del pagaré, según sea el caso, o cualquier otro dato personal económico que estime pertinente, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros. La presente autorización comprende, no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también la de solicitar información sobre mis (nuestras) relaciones comerciales con cualquier otra entidad. Las consecuencias de dicha autorización, serán la consulta e inclusión de mis(nuestros) datos financieros en la CIFIN, Datacrédito y demás entidades que manejan bases de datos con los mismos fines, pudiendo las entidades afiliadas conocer mi(nuestros) comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento o incumplimiento de mi(nuestras) obligaciones, con el eventual efecto para mí(nosotros) de verme(nos) imposibilitado(s) para acceder a los servicios que prestan dichas entidades afiliadas. La permanencia de la información que refleje incumplimiento dependerá del momento en que se efectúe el pago y de la manera en cómo se tramiten los procesos de cobro".

**2.** Cada uno de los suscritos, identificados con las cédulas que aparecen al pie de nuestras firmas, expresamente solicitamos y autorizamos en forma irrevocable al pagador de la compañía \_\_\_\_\_ para que retengan en cualquier momento de mi(nuestros) salario(s) y/o prestaciones de cualquier naturaleza, pensiones, bonificaciones a cualquier título, cesantías indemnizaciones y/o cualquier otra suma que resulte deberme(nos) \_\_\_\_\_ la cuantía determinada por Fondo de Empleados de bienestar ahorro y crédito e indicada en modo, tiempo y lugar por este, para cubrir con ella la amortización total o parcial a capital, intereses y demás conceptos de crédito que el Fondo de Empleados de bienestar ahorro y crédito me(nos) haya aprobado mediante esta solicitud; igualmente autorizo(amos) expresamente para que las sumas retenidas por el señor pagador sean entregadas a el Fondo de Empleados de bienestar ahorro y crédito precisamente con objeto de cancelar total o parcialmente las deudas que se lleguen a derivar de esta solicitud y las demás que se encuentren a mi(nuestro) cargo.

**3.** Acepto (amos) desde ahora el monto, plazo y tasa de interés aprobado(s) por el Fondo de Empleados de bienestar ahorro y crédito como resultado del estudio de mi (nuestra) solicitud de crédito.

**4.** Certifico (amos) que con estos descuentos no se afecta mi (nuestro) mínimo vital.

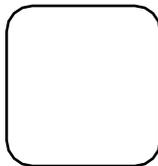
**5.** Declaramos que la información suministrada en esta solicitud concuerda con la realidad y asumimos plena responsabilidad por la veracidad de la misma. En constancia de haber leído, comprendido y aceptado los términos de esta información, firmamos el presente documento.

**6.** Indique el origen de los fondos (ej: salarios, pensiones, renta, herencia, etc.) \_\_\_\_\_ certifico bajo la gravedad de juramento que los fondos que declaro como garantía del presente crédito, proceden de actividades lícitas.

**7. CONSENTIMIENTO INFORMADO CANALES DE COMUNICACIÓN Y HORARIOS:** Autorizo(amos) en calidad de deudor o deudor solidario a FONDO DE EMPLEADOS DE BIENESTAR AHORRO Y CREDITO - FONEBAC o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de ACREEDOR para que todas las comunicaciones derivadas de la relación contractual o comercial me sean notificados electrónicamente a través del correo electrónico y certificado, teléfono, WhatsApp, SMS, dentro del horario de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm, y sábados de 8:00 am a 3:00 pm, las veces que sean necesarias (artículos 2, y 3 ley 2300 de 2023). A partir de la fecha de suscripción de la presente autorización, FONEBAC queda facultada para remitir vía correo electrónico a la dirección incluida en el presente documento todas las comunicaciones que deban ser objeto de notificación electrónica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

C.C Nº \_\_\_\_\_

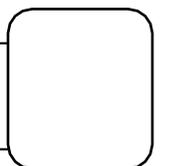


\_\_\_\_\_  
Firma del Deudor Solidario

C.C Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Deudor Solidario

C.C Nº \_\_\_\_\_



### Para Uso Exclusivo del Fondo de Empleados

--

Formulario de autorización y reporte a centrales de riesgo

Convenio de Fianza	81	Numero de Crédito		Valor Solicitado		Fecha de Solicitud	DD	MM	AÑO
--------------------	----	-------------------	--	------------------	--	--------------------	----	----	-----

Nota: para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco, cada crédito debe contar con su respectiva autorización, para efectos de reporte a centrales de riesgo.

Información Básica

Primer Apellido.	Segundo Apellido.	Primer Nombre.	Segundo Nombre.
# de Identificación.	Lugar de Expedición.		Fecha de Expedición.
Fecha de Nacimiento	Correo Personal.	Teléfono	Ocupación/Profesión.
Dirección Residencia.		Barrio.	Ciudad.
Estado Civil:	Casado <input type="radio"/>	Soltero(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/>
¿Posee Vehículo?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Clase: Moto <input type="radio"/>
			Carro <input type="radio"/>
			Placa:

Nota: Diligenciar la información financiera en miles de pesos.

Ingresos Mesuales		Activos Pasivos		Otros Ingresos.	
Egresos Mesuales					

Declaración de origen y destino de fondos.

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad)  
\* \_\_\_\_\_
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a la actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a mantenerla actualizada
4. los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato no se destinara a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

Autorización de respaldo de fianza Solidaria.

Me permito autorizar a AFIANZATE S.A.S para respaldar la obligación número \_\_\_\_\_, así como a FONEBAC para efectuar el descuento directo del valor correspondiente de la remuneración de mi garantía FIANZA SOLIDARIA. Asimismo, deseo dejar constancia por medio de este documento que el costo del servicio de afianzamiento no constituye un interés adicional sobre el crédito.

Autorización respaldo de fianza solidaria y demas autorizaciones

Autorizo a Afianzate S.A.S con sigla AFIANZATE identificado con registro tributario No 900710515-2 quién en adelante se denominan FIADOR de una parte y quién se identifica Cómo aparece al final de este documento y al pie de su firma como EL DEUDOR, y el representante legal de la organización solidaria quien se identifica como aparece en la firma de este documento para los efectos de esta transacción quien se denominará el ACREEDOR, se celebra el presente contrato de fianza que se regula por la legislación aplicable a la materia y por las siguientes cláusulas:

Primera: aceptación de la fianza, mediante el presente documento el DEUDOR manifiesta de manera libre e incondicional acepta la garantía del FIADOR para respaldar la operación aprobada por el ACREEDOR en consecuencia se obliga a pagar la contraprestación pactada con anterioridad en el convenio N° 81 (ochenta y uno) y acepta que no habrá devolución ni reintegro de la remuneración por pago de los créditos.

Segunda: Objeto, el FIADOR garantiza, en todo o en parte las obligaciones monetarias que el DEUDOR adquiera con el ACREEDOR por la compra de bienes o servicios en su organización mediante sistema de financiación, bajo la modalidad de fianza solidaria.

Tercero: Prórroga, la fianza no se afecta si el acreedor concede prórrogas sustituciones u otro plazo a las obligaciones respaldadas siempre y cuando dichas prórrogas le hayan sido reportada al afianzador como una novedad.

Cuarta: Prueba de las obligaciones. Se tendrá como prueba de las obligaciones afianzadas los documentos privados o públicos solicitados previos al desembolso, así como los títulos valores suscritos por el DEUDOR y reposaran en la oficinas del ACREEDOR.



Quinta: Plazo la vigencia de la fianza está sujeta a la vigencia del cupo de crédito otorgado por el ACREEDOR al DEUDOR y la vigencia de todos los créditos que se otorguen en su utilización, incluyendo sus prórrogas o modificaciones reportadas.

Sexta: causales de extinción la fianza que ahora se constituye, se extinguirá por la ocurrencia de alguien de las siguientes circunstancias a) Sí el FIADOR obtiene del ACREEDOR la concesión del relevo de la fianza b) por no tener soportes de desembolso y no contar con los títulos valores firmados c) por el cumplimiento de la vigencia establecida en el pago total de la obligación afianzada.

Séptima: contraprestación el DEUDOR expresamente acepta Cancelar a favor del FIADOR como contraprestación por la fianza la tasa pactada por libranza o ventanilla con la organización solidaria más IVA del saldo insoluto del crédito que se garantiza, aceptando el cobro por parte del FIADOR y por quién designe. el DEUDOR expresamente reconoce que está contraprestación será destinada por el FIADOR a cubrir el incumplimiento y los gastos de administración y operación de la fianza.

Octava: Subrogación En caso que el FIADOR se vea obligado a pagar la garantía como resultado del incumplimiento del DEUDOR, se subrogará por el valor pagado y tendrá el derecho a recuperar la sumas pagadas más los intereses remuneratorios y moratorios a que haya lugar así como los costos originados por investigación a las centrales de riesgo , gastos notariales , constitución y levantamiento de hipotecas, avalúos comerciales, y demás requisitos impositivos que se requieran para el perfeccionamiento y exigibilidad de las obligaciones, este costo será a cargo del DEUDOR en la que se deriven de la gestión de cobranza judicial y extrajudicial según política interna de cobro, el DEUDOR entiende y reconoce que el pago que llegará a realizar el FIADOR no extinguirá parcial ni totalmente su obligación. El FIADOR podrá utilizar el registro único nacional de entidades operadoras de libranza o descuentos directos, llevado de forma virtual por las cámaras de comercio. Según la ley 1527 del 2012.

Novena: Autorización de reporte a Las Centrales De Riesgo Según la Ley 1226 del 2008, , el DEUDOR autoriza al FIADOR o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de ACREEDOR a reportar, actualizar, solicitar, compartir y divulgar a las centrales de información del sistema financiero de Colombia, o cualquier otra entidad que manejen o administren las bases de datos con los mismos fines, toda la información representada en el comportamiento crediticio lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos En dónde se consignan de manera completa todos los datos referentes a su actual pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de sus obligaciones.

Decima: Autorización tratamiento de datos personales el DEUDOR autoriza al ACREEDOR y al FIADOR para que conjunta o separadamente realicen cualquier actividad sobre sus datos personales del DEUDOR registrado en la base de datos del ACREEDOR y el FIADOR y que sea susceptibles de algún tratamiento en los términos definidos en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios tanto del ACREEDOR como el FIADOR emplearan la debida diligencia y cuidado en el tratamiento de dicha información. Así mismo, autorizo que mediante la etapa precontractual y contractual, AFIANZATE pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento para los fines y tratamientos descritos a continuación: Declaro que AFIANZATE. Me ha informado de manera previa, explícita, inequívoca y consentida: 1. Que los datos suministrados serán objeto de tratamiento únicamente para los fines que se autorizan. 2. Que mis datos personales serán tratados por AFIANZATE para las siguientes finalidades: a, el trámite de vinculación como afianzado. b, el proceso de negociación contractual a la determinación de primas y selección de riesgos. C, Verificación del estado del riesgo que se traslada a AFIANZATE, en caso extraordinario de manera previa a la suscripción del respaldo, durante la vigencia del respaldo y antes el acercamiento de respaldo en garantía. d, El control y la prevención del fraude. e. en general, la gestión integral del respaldo contratado f. Para la verificación y actualización de datos. g. Consulta almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de riesgo crediticio. h. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y sus reglamentarios.

Decima Primera: AUTORIZACION CANALES DE COMUNICACIÓN Y HORARIOS : el DEUDOR autoriza formalmente la forma de comunicación y horarios al FIADOR o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de ACREEDOR a partir de la fecha, la forma de comunicación para todos los asuntos relacionados con el cobro administrativo, jurídico, prejudicial son por correo electrónico y certificado, teléfono, WhatsApp, SMS, dentro del horario de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm, y sábados de 8:00 am a 3:00 pm, las veces que sean necesarias (artículo 2, 3 ley 2300 de 2023)

Las partes declara que de manera previa a la suscripción de este documento han sido informados expresan que comprenden el alcance de sus derechos y obligaciones y que prestaran su mutua colaboración en el desarrollo del mismo.

En señal de este compromiso y conformidad suscriben el presente contrato de fianza del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad \_\_\_\_\_.

### FIRMAS

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARADO HABER LEIDO ENTIENDO Y ACEPTO LO SENALADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO MISMO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTAMENTE EN TODAS SUS PARTES FIRMO CONSTANCIA.

Firma deudor:  
Nombre:  
C.C:  
Tel:



HUELLA

Firma acreedor:  
Nombre:  
NIT:



SELLO



PAGARE No.

FECHA DE VENCIMIENTO

VALOR \$



(YO) NOSOTROS \_\_\_\_\_

PAGARE (MOS) solidaria e incondicionalmente, excusado de protesto y sin necesidad de rechazo, a la orden de \_\_\_\_\_

Organización solidaria identificada con la sigla \_\_\_\_\_, y con número de identificación tributaria \_\_\_\_\_ o a quien represente sus derechos, o a su legítimo endosatario, la suma de dinero recibido a título de mutuo comercial con intereses, bajo las siguientes cláusulas. PRIMERA. - MONTO A PAGAR: Pagare (mos) la suma de \_\_\_\_\_

(\$ \_\_\_\_\_) Moneda legal, en el domicilio principal de la Organización o en el lugar que el Fondo de Empleados indique. SEGUNDA.

- AMORTIZACION: la suma declarada en la cláusula primera, corresponde al saldo insoluto del crédito otorgado por la suma de \_\_\_\_\_, en un plazo de \_\_\_\_\_,

mediante cuotas \_\_\_\_\_

(mensuales o quincenales) sucesivas, por valor de \_\_\_\_\_

(\$ \_\_\_\_\_) cada una, hasta completar \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) cuotas, establecidas en el plan de pago o amortización del crédito,

a través de descuento por libranza o en su defecto por pago directo. Pago periódico que se hará exigible desde el día \_\_\_\_\_ de cada mes hasta el pago total de la obligación. TERCERA.- INTERESES CORRIENTES: Que sobre la suma establecida, se reconocerán intereses corrientes a la tasa del \_\_\_\_\_ efectiva anual (\_\_\_\_% E.A.), intereses que serán pagados \_\_\_\_\_ PARAGRAFO: Si al momento de pago de la cuota, la

tasa de interés corriente pactada, sobrepasará los montos máximos permitidos por ley, dicha tasa se ajustará hasta el máximo permitido. CUARTA.- INTERESES DE MORA: Cuando exista mora en el cumplimiento del plan de pagos de la cláusula segunda de este título valor, pagare (mos) intereses moratorios, en los términos del artículo 884 del Código de Comercio, por cada día de retardo y sobre el monto en mora, los cuales serán liquidados a la tasa máxima legal permitida que rija al momento del incumplimiento, todo ello sin perjuicio de los derechos y acciones que pueda gestionar el acreedor para el recaudo de la obligación. En caso de aceleración la mora se liquidará sobre todo el saldo pendiente. QUINTA.- IMPUTACION DE PAGOS: Los pagos que el suscrito efectúe serán imputados por el acreedor en el siguiente orden: 1) Gastos de cobranza judicial y extrajudicial en que haya incurrido el Acreedor,

2) Impuestos que genere el diligenciamiento del pagaré, 3) Prima de seguros y/o avalúos realizados a garantías reales, con ocasión de la obligación crediticia, 4) Intereses por mora, 5) Intereses corrientes y, 6) Capital. SEXTA.- PAGOS PARCIALES O TOTALES: En el caso que se opte por realizar pagos parciales o totales, me comprometo a informar por escrito al Fondo de Empleados de bienestar ahorro y crédito "FONEBAC", si el prepago se debe aplicar como abono a las siguientes cuotas, a capital para reducir el plazo, o a capital para reducir el valor de la cuota, o a que éste coincida con una fecha de amortización de capital o intereses o de ambos. Se pacta que dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la realización del pago en exceso, si no se allegaré el soporte, será aplicado como abono a la(s) próxima(s) cuota(s) e igual tratamiento autorizo (amos) para cualquier otro sobrante. SEPTIMA.-

CLAUSULA ACELERATORIA: El tenedor legítimo del presente pagaré podrá automáticamente en caso de incumplimiento o retardo en el pago de una cualquiera de las cuotas de amortización a capital o de los intereses, dará lugar a que el acreedor declare la caducidad del plazo y exija el pago de la totalidad de la obligación, extrajudicial o judicialmente. Igualmente, es entendido que el acreedor podrá exigir el cumplimiento de la obligación contenida en el presente pagaré, aún antes del vencimiento del término pactado, en el evento que ocurra uno de cualquiera de los siguientes casos: a) Por la muerte de cualquiera de los suscriptores tratándose de personas naturales; b) En caso de incumplimiento o mora en el pago de una cualquiera de las obligaciones económicas contenidas en este documento, así como también en el caso de incumplimiento o mora en el pago de cualquiera otra obligación distinta a las contenidas en el presente título valor y que haya adquirido con el acreedor, por cualquier causa y a cualquier título; c) Si habiendo aprobado el otorgamiento del presente crédito respaldado con garantía admisible, prendaria o hipotecaria, ésta no se constituye dentro de los quince (15) días hábiles a la fecha de desembolso, aun cuando éstas se hallen en trámite; salvo aceptación expresa por parte del Acreedor. d) Si cualquiera de los otorgantes gira o entrega cheques a favor del acreedor, sin provisión de fondos, o si el (los) cheque(s) no es (son) pagado(s) por cualquier causa no imputable al acreedor, aun cuando el (los) cheque(s) girado(s) provenga(n) de terceros; e). Si la(s) garantía(s) son gravadas, enajenadas en todo ó en parte o dejan de ser garantía suficiente por cualquier causa; causal última que será aplicable a los aportes sociales y/o ahorros permanentes que respaldan las obligaciones del asociado. f) Si los bienes y/o ingresos de los suscriptores son embargados o perseguidos en ejercicio de cualquier acción, de tal manera que a juicio del acreedor pueda afectarse el cumplimiento de las obligaciones a cargo del deudor. g) Si cualquiera de los firmantes deja(n) de ser trabajador (es) del empleador para el cual laboran actualmente, por cualquiera que sea la causa. h) Si a juicio del tenedor legítimo se presenta cambios en nuestra situación financiera, jurídica ó económica, con respecto a aquellas sobre las cuales fue aprobado el crédito, de manera tal que ponga en peligro el pago oportuno de las obligaciones consignadas en este instrumento. i). Cuando cualquiera de los suscriptores llegará a ser: (i) vinculado(s) por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo (ii) incluido(s) en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como la lista de la Oficina de Control de Activos en el Exterior -OFAC- emitida por la Oficina del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la Organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo, o (iii) Condenado(s) por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos. En consecuencia no podrá existir oposición al cobro que del pagaré haga el acreedor, cuando se verifique cualquiera de las causales de exigibilidad anticipada. OCTAVA.- COSTOS: Pagaré (mos) los impuestos o gravámenes que afecten la obligación bajo cualquier jurisdicción, de tal manera que todos los pagos se harán libres de impuestos, retenciones, deducciones, costos de consignación nacional y/o internacional, ó cualquier otro costo; comprometiéndome (nos) a entregar siempre al acreedor la suma aquí especificada. NOVENA.- COSTOS JUDICIALES Y DE COBRANZA: Asumiremos todos los costos en que el tenedor legítimo incurra con el cobro de este pagaré, sea extrajudicial o judicialmente, o se realice de manera directa por el acreedor o a través de un tercero.



**DECIMA.- AUTORIZACION DE DESCUENTO:** El acreedor queda autorizado para que la entidad donde trabaje (mos) o llegare (mos) a trabajar debiten de nuestro salario, aportes sociales, ahorro permanente, a la vista, a término o de cualquier depósito o suma de dinero que exista a nuestro nombre o a nombre de alguno de nosotros, en la forma y porcentaje legalmente permitido, para: 1) cubrir toda suma de dinero que adeude (mos), por concepto de capital, intereses, seguros, impuestos, costos y gastos de la cobranza prejudicial y judicial y 2) cualquier otra suma que resulte deber al Fondo de Empleados. Al igual, descuento (n) de mis prestaciones sociales legales o extralegales definitivas o de cualquier suma de dinero que me llegaré (n) a corresponder en virtud del contrato de trabajo, todas las obligaciones aquí establecidas, y los valores descontados se trasladen al tenedor legítimo del pagaré, para que sean abonados a la obligación en el orden de imputación contenido en la cláusula quinta del presente título valor.

**DECIMA PRIMERA.-CESION DE DERECHOS:** El Fondo de Empleados podrá ceder sus derechos derivados de este pagaré, así como vender participaciones de sus derechos derivados del mismo, a uno y/o más personas jurídicas y naturales, sin notificar de este hecho a quienes suscribimos el pagaré.

**DECIMA SEGUNDA.- PRESENTACION PARA EL PAGO:** Que expresamente declaro (amos) excusada la presentación para el pago, el aviso de rechazo y protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora.

**DECIMA TERCERA.- DECLARACION:** Hago (hacemos) constar que la información que he (mos) entregado al acreedor es veraz y verificable. El diligenciamiento de la solicitud y la suscripción de los presentes documentos no implica obligación para el acreedor de efectuar el desembolso cuando a su juicio considerara que las condiciones iniciales del(los) obligado(s) al momento de la solicitud hubieran variado ó simplemente por razones de fuerza mayor ó caso fortuito imputables al acreedor.

**DECIMA CUARTA.- ACTUALIZACION DE INFORMACION:** En cumplimiento de las normas de prevención y control de lavado de activos los deudor(es) solidario(s), se obliga(n) a partir de la suscripción del presente documento, a entregar en forma periódica y por lo menos anualmente actualizada la totalidad de la información financiera y comercial, en forma veraz y verificable. El incumplimiento total o parcial de la obligación aquí contenida, será causal para dar por terminado el presente contrato sin perjuicio de las sanciones derivadas por dicho incumplimiento.

**DÉCIMA QUINTA.- AUTORIZACION ADMINISTRACION DE INFORMACION:** el (Los) suscriptor(es) del presente título valor, en calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS FONEBAC, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, obtener, ofrecer, compilar, vender, comprar, intercambiar, modificar, emplear, y enviar, toda la información que se refiera a mí (nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a los operadores de información, o a quien represente sus derechos, o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines. La presente autorización faculta al Fondo de Empleados para que mis (nuestros) datos personales y en general la información obtenida en virtud de la relación comercial establecida, pueda ser objeto de tratamiento sistematizado y compartido por parte del acreedor, con otras entidades. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a nuestro cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones.

**DECIMA SEXTA.- DESTRUCCION DEL PAGARÉ:** Autorizo (amos) al acreedor para que en el evento de no presentar la solicitud escrita de la devolución del pagaré, dentro de los seis (6) meses siguientes a la cancelación total de la obligación, estos sean destruidos o eliminados, en la forma como esté contemplado en las políticas internas de la Organización.

**DECIMA SEPTIMA.- INTERPRETACION:** Este pagaré se regirá e interpretará por las leyes de la República de Colombia, en particular las aplicables a los Fondos de Empleados y/o Sector de la Economía Solidaria, autorizando desde ahora al acreedor para efectuar, elaborar o suscribir los documentos requeridos por las autoridades cambiarias, conexos con la operación.

**DECIMA OCTAVA - FIRMA DIGITAL DEL PAGARE** el deudor y el codeudor declaran conocer que las firmas electrónicas y/o digitales plasmadas en este documento digital, utilizadas para dar constancia de su suscripción, cumple con los requisitos legales dispuestos para el efecto en la ley 527 de 1999, el Decreto 2364 de 2012 y demás normas que las adicionen y/o modifiquen y que los mecanismos técnicos de identificación personal o autenticación son seguros y confiables.

**PARÁGRAFO.** este pagaré surtirá todos sus efectos a partir de la fecha de su firma.

Dejo(amos) constancia expresa de conocer y entender los efectos de las obligaciones asumidas con la suscripción del presente documento, así como de haber recibido una copia del mismo; y en consecuencia de todo lo anterior, firmo(amos) en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

Deudor (es)

Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dirección	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>		Ciudad	<input type="text"/>
Cédula	<input type="text"/>		Número de celular	<input type="text"/>
			Teléfono	<input type="text"/>
			Correo electrónico	<input type="text"/>

Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dirección	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>		Ciudad	<input type="text"/>
Cédula	<input type="text"/>		Número de celular	<input type="text"/>
			Teléfono	<input type="text"/>
			Correo electrónico	<input type="text"/>



Señores

E.S.M.

Libranza No.



Yo \_\_\_\_\_ (nombre del titular del Crédito), mayor de \_\_\_\_\_ edad, domiciliado en \_\_\_\_\_,

identificado con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por medio de la presente libranza, informo que me he comprometido de manera libre, previa, expresa e irrevocable a pagar a favor FONDO DE EMPLEADOS "FONEBAC"

DESCUENTO AUTORIZADO A PARTIR DE		
PERIODO DE DESCUENTO	Quincenal	Mensual
VALOR PERIODICO A DESCONTAR		
NÚMERO DE DESCUENTOS		
VALOR TOTAL DE LA LIBRANZA		

En consecuencia, autorizó para que de los pagos a realizarse por concepto de salarios, prestaciones sociales, vacaciones, bonificaciones, indemnizaciones, honorarios, pensiones y/o de cualquier otra suma según el caso, me sean descontadas y consignadas en la cuenta de (ahorros o corriente), número \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_, a nombre de FONEBAC, Nit \_\_\_\_\_ bajo las siguientes condiciones:

1. Los descuentos autorizados incluyen los periodos de vacaciones y licencias.
2. Así mismo, autorizó al Empleador o Entidad pagadora, para que, en caso de terminación del vínculo laboral, me sea deducido de mis salarios, prestaciones sociales definitivas, bonificaciones, indemnizaciones, vacaciones, honorarios, mesada pensional y/o cualquier acreencia a la que tenga derecho, el saldo de la(s) obligación(es) que llegare a tener a mi cargo con FONEBAC.
3. Las obligaciones de retención a que se refiere el numeral inmediatamente anterior, no tendrán limite frente a las cesantías, primas, indemnizaciones y demás bonificaciones especiales, ocasionales o permanentes, que se causen a mi favor, las cuales quedan gravadas a FONEBAC y como garantía de las obligaciones contraídas para con éste. La retención sobre salarios podrá efectuarse a condición de que con éste y los demás descuentos permitidos por la ley laboral, no se afecte el ingreso efectivo en calidad de trabajador y pueda recibir no menos del cincuenta por ciento (50%) del salario (artículo 56 del Decreto Ley 1481 de 1989); para los demás casos de descuentos, se aplicarán las normas legales vigentes.
4. En el evento que el descuento por nómina de cualquiera de las cuotas no se pueda realizar total o parcialmente, por cualquier razón o motivo, tal hecho no me exime de responsabilidad de realizar el pago oportuno a través de cualquier otro medio o canal a disposición, asumiendo la carga de diligencia, consistente en la verificación de la efectividad del descuento autorizado por libranza.
5. Si al retirarme de la entidad que laboré, no alcanzará a cancelar la totalidad de las sumas adeudadas, autorizó al Fondo de Empleados FONEBAC, para que solicite al Fondo de Cesantías al cual estoy afiliado la cancelación del saldo de la deuda y si aún quedase saldo pendiente podrá requerir al pagador de la nueva entidad que me emplee, hasta el 50% de mi Salario y el 100% de mis Prestaciones Sociales y vacaciones.
6. Autorizo entregar a FONEBAC el valor de las cuotas que deban pagarse durante el tiempo que permanezca en vacaciones, descontándolas del monto que se cause a mi favor antes de comenzar a disfrutarlas.
7. En caso de sustitución de empleador o entidad pagadora, me comprometo de inmediato a informarles de esos cambios a FONEBAC. (Artículo 7 de la Ley 1527 de 2012).
8. Para dar cumplimiento al numeral anterior, autorizó a FONEBAC y/o legitimo beneficiario de esta libranza para solicitar información a las entidades del sistema de seguridad social, exclusivamente con el fin de establecer mi localización, empleadores o entidades pagadoras. (Artículo 8o. Ley 1527 de 2012).



9. Autorizó a FONEBAC y/o el legítimo beneficiario de la presente libranza, a solicitar cualquier información a mi empleador y/o pagador relacionado con el objeto del presente documento.

10. Me comprometo con FONEBAC y/o legítimo beneficiario de esta libranza a mantener actualizados el nombre del empleador, la dirección de mi domicilio, el correo electrónico y el número de celular, cuando se presente cambios, al igual en diligenciar formatos o contestar llamadas cuando FONEBAC lo requiera a efectos de renovar mis datos.

11. Acepto ser notificado en la dirección física y/o electrónica establecida en el presente documento.

Las materias y/o situaciones no reguladas en el presente documento, se resolverán aplicando las disposiciones legales vigentes para las entidades de la economía solidaria y, en subsidio, las previstas en el Código de Comercio para sociedades, siempre y cuando no se afecte la naturaleza de los fondos de empleados, ni su carácter de no lucrativos. Firmada en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

Deudor:

Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dirección	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>		Ciudad	<input type="text"/>
Cédula	<input type="text"/>		Número de celular	<input type="text"/>
			Teléfono	<input type="text"/>
			Correo electrónico	<input type="text"/>

# SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



## INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Tomador	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha de Diligenciamiento	Número Solicitud
---------	------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------	------------------

Ofc Radicación

Plan Vida Integral Contributivo
  Plan Vida Integral No Contributivo
  Plan Vida Clásico Contributivo
  Plan Vida Clásico No Contributivo
  Ingreso
  Modificación

Continuidad de vida Individual Sura  SI  NO No. Póliza Vida Individual Sura:

## INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Nombre del asesor o razón social	Código Asesor	% Participación	Nombre del asesor o razón social	Código Asesor	% Participación
----------------------------------	---------------	-----------------	----------------------------------	---------------	-----------------

**INFORMACIÓN GESTOR** Gestores que participan en el seguro. Código Gestor

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación		Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)			Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.	<input type="checkbox"/> PA.				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Peso (Kg)	Estatuta (en cms)	Ciudad de residencia	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular		
Dirección Correspondencia				Correo Electrónico			

## INFORMACIÓN DEL SEGURO (\*El valor asegurado por cobertura de cada uno de los integrantes del grupo familiar, no puede ser superior al valor asegurado por cobertura del Asegurado Principal).

<b>Valor Solicitado Cobertura de Vida</b> Asegurado Principal \$ _____ Cónyuge \$ _____ Hijos \$ _____ Hermanos \$ _____ Otros \$ _____ Parentesco de otros con el Asegurado Principal _____	<b>Coberturas Vida Grupo</b> <input type="checkbox"/> Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente <input type="checkbox"/> Muerte en un accidente Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <span style="float: right;">Valor Asegurado \$ _____</span> <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves _____ % <input type="checkbox"/> Auxilio funerario <span style="float: right;">Valor Asegurado \$ _____</span> <input type="checkbox"/> Bono Canasta (pago único) \$ _____ <input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la capacidad laboral <input type="checkbox"/> Renta por Incapacidad <input type="checkbox"/> Auxilio de Repatriación <input type="checkbox"/> Auxilio de Maternidad/Paternidad <input type="checkbox"/> Bono para educación	<b>Coberturas Adicionales</b> <b>Accidentes Personales</b> <input type="checkbox"/> Muerte accidental adicional <span style="float: right;">Valor asegurado \$ _____</span> <input type="checkbox"/> Invalidez accidental adicional <span style="float: right;">Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span> <b>Renta</b> <input type="checkbox"/> Renta por hospitalización <span style="float: right;">Valor asegurado \$ _____</span> Tipo de Renta <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> abierta EPS _____ Renta adicional por hospitalización en cuidados intensivos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---	--

**VALOR PRIMA** (según forma de pago pactada) \$ \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Asegurado Principal	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatuta (cms)
1.							
2.							
3.							
4.							

## INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (\*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)

**\*\*Otros asegurados deben diligenciar el formato específico F-02-83-125)** Con derecho a Acrecimiento  SI  NO

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

## DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Responde sinceramente las siguientes preguntas. Si alguna de tus respuestas no es verdadera o dejas de responder alguna pregunta, el seguro será nulo y por lo tanto Sura no pagará ninguna reclamación que tú o los beneficiarios presenten.

### 1. Marca con una equis si a ti o alguno de los otros asegurados les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

- Enfermedades cardiovasculares  Infarto del corazón  Arritmias  Hipertensión arterial  Colesterol (Tratado con medicamentos)  Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)  Lupus  
 Isquemia o trombosis cerebral  Epilepsia  Enfisema (EPOC)  Bronquitis Crónica  Cáncer con metástasis (Afecta otros órganos)  Cáncer sin metástasis (No afecta otros órganos)  Cirrosis  
 Derrames  Leucemia  Tumores malignos  SIDA o VIH positivo  Insuficiencia Renal  Esclerosis múltiple  Artritis reumatoidea  Diabetes  Pancreatitis  Transtornos psiquiátricos  
 Hepatitis B o C  Retardo mental  Colitis ulcerativa  Hipertiroidismo  Parálisis diferente a facial  Deformidades corporales  Ceguera  Sordera total o parcial  Hernia de columna  
 Pérdida funcional o anatómica

¿Han recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años?  SI  NO ¿Reciben tratamiento por alcoholismo o drogadicción?  SI  NO  
 ¿Consumo Marihuana hasta 3 veces por mes?  SI  NO ¿Consumo Marihuana más de 3 veces al mes?  SI  NO ¿Son consumidores de otro tipo de drogas estimulantes o adictivas?  SI  NO

**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** T.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA.: Pasaporte - Nit: Número de Identificación Tributaria - **PARENTESCO:** PR: Progenitor (Padre-Madre) CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.

F-02-83-320  
Fecha a partir de la cual se utiliza: 01/09/2016

www.sura.com

2. En caso que hayas marcado alguna enfermedad o contestado de manera afirmativa una de las preguntas, diligencia la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

3. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, accidentes o cualquier otra condición por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento; y/o tiene programada alguna intervención quirúrgica y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)?  SI  NO

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

4. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, responda: El diagnóstico fue hace menos de 30 días o requirió algún tipo de tratamiento hospitalario (Hospitalización), UCI o manejo al interior de alguna clínica o institución. (En caso de NO haber tenido COVID responda NO).  SI  NO

En caso positivo indique el número de asegurado:

5. ¿Ha sido vacunado contra la COVID-19 y tiene el esquema completo?  SI  NO En caso negativo indique el número de asegurado:

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

En adición a la anteriores respuestas ten en cuenta que con tu firma estás declarando que tú y los otros asegurados gozan de buena salud, que toda la información que suministraste en esta solicitud es verdadera, que su ocupación está permitida por la ley, que no ejercen actividades ilícitas ni de alto riesgo y que no han cometido delitos.

### COBERTURA INMEDIATA

Después de analizar tu solicitud Sura te informará si te puede asegurar. Si Sura acepta hacerlo, tendrás cobertura inmediata sin cobro de prima, desde la fecha de diligenciamiento de la solicitud, hasta la fecha de corte del seguro. Esta cobertura inmediata sin cobro de prima en ningún caso podrá darse por un período superior a 30 días.

### TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con tu firma también estás autorizando a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de tus datos personales con la finalidad de vincularte como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Para el tratamiento de tus datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Estás autorizando a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir tu información con FASECOLDA e INVERFAS S.A: con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de tu comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizas a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de tu historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro.

Té en cuenta que las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tienes derecho a conocer, actualizar y rectificar tus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarte sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y solicitar la supresión de tus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre tus datos personales, comunícale a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visita [www.sura.com](http://www.sura.com).

### CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Declaro que he sido informado de las coberturas, exclusiones y garantías del producto y también que se me ha hecho entrega de las condiciones del mismo y que podrán ser consultadas en la página web.



Huella Índice Derecho asegurado principal

Firma del asegurado principal

Número de Identificación \_\_\_\_\_



# CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ FIRMADO EN BLANCO

PAGARE No.



(YO) NOSOTROS \_\_\_\_\_

Autorizamos permanente e irrevocablemente a FONEBAC o cualquier otro tenedor legítimo del pagaré que hemos suscrito en la fecha a favor de FONEBAC, para que, haciendo uso de las facultades conferidas en el Código de Comercio y sin previo aviso, diligencie los espacios en blanco en el Pagaré No. \_\_\_\_\_ que ha sido otorgado a su orden, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

1. FONEBAC o su tenedor legítimo podrá diligenciar los espacios en blanco del pagaré identificado anteriormente, cuando se presente una de las circunstancias de exigibilidad contenidas en las cláusulas quinta del pagaré objeto de esta autorización.
2. FONEBAC o su tenedor legítimo están facultados por los Deudores, para llenar todo espacio en blanco que haya quedado en el pagaré y en especial: el valor del pagaré que corresponderá al monto de las obligaciones exigibles, garantizadas a través de este título valor, los intereses pactados en el momento del desembolso del crédito, persona a quien debe hacerse el pago y fecha de vencimiento de la obligación.
3. La fecha de exigibilidad de la obligación será la que corresponda al periodo en el cual se presenten las circunstancias de exigibilidad de la obligación que establece el pagaré.
4. Para diligenciar el pagaré FONEBAC, no requiere dar aviso a los firmantes del mismo.

Dejo(amos) constancia expresa de conocer y entender los efectos de las obligaciones asumidas con la suscripción del presente documento, así como de haber recibido una copia del mismo; y en consecuencia de todo lo anterior, firmo(amos) en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

Deudor (es)

Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dirección	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>		Ciudad	<input type="text"/>
Cédula	<input type="text"/>		Número de celular	<input type="text"/>
			Teléfono	<input type="text"/>
			Correo electrónico	<input type="text"/>

Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dirección	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>		Ciudad	<input type="text"/>
Cédula	<input type="text"/>		Número de celular	<input type="text"/>
			Teléfono	<input type="text"/>
			Correo electrónico	<input type="text"/>